

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 314

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PHARYNGO-SPASME INFANTILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL PROTTEAU

Elève de l'Ecole de Santé Militaire

Né le 16 Janvier 1892, à Angers (Maine-et-Loire)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PHARYNGO-SPASME INFANTILE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 314

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PHARYNGO-SPASME INFANTILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL PROTTEAU

Elève de l'Ecole de Santé Militaire

Né le 16 Janvier 1892, à Angers (Maine-et-Loire)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1920

A LA MÉMOIRE DE MES COMPAGNONS D'ARMES
DU 114^e RÉGIMENT D'INFANTERIE (3^e BATAILLON)
ET DU 415^e RÉGIMENT D'INFANTERIE (2^e BATAILLON)
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

Que l'image du devoir noblement accompli, que le souvenir du sacrifice de soi-même pleinement accepté, qui nous restent comme reliques de tous ces braves, soient pour moi un guide et un réconfort dans la carrière qui s'ouvre devant moi.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CL. ARDOIN

Médecin-Chef du G. B. D. 18

« En souvenir de sa sollicitude
toute paternelle vis-à-vis de ses
jeunes collaborateurs. »

Hommages respectueux.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ, DES HÔPITAUX DE LYON

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

A qui j'adresse mes plus sincères remerciements pour le grand honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. WEILL

Il a bien voulu nous donner l'idée et les matériaux de ce travail. Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre respectueuse et profonde gratitude.

A MES JUGES

INTRODUCTION

La nécessité d'établir le mécanisme de certaines inappétences infantiles, a conduit à envisager l'hypothèse d'un trouble spasmodique de la déglutition siégeant au niveau du pharynx. De fait, l'observation clinique a montré que dans le groupe des anorexiques il y a souvent lieu de faire une part au trouble de la déglutition.

Après avoir exposé brièvement la question des spasmes du pharynx chez l'adulte, nous nous proposons, dans ce travail, d'apporter une contribution à l'étude du pharyngo-spasme chez l'enfant, en étudiant dans ses détails quelques faits cliniques d'inappétence spasmodique infantile observés par M. le Professeur E. WEILL.

Ce travail est plutôt l'œuvre de ceux qui nous ont aidé que le nôtre, car, pour résoudre cette question, nous nous sommes servis d'observations recueillies par M. le Professeur E. WEILL que nous remercions vivement de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant cette tâche, et en nous permettant d'exposer ses idées. Nos remerciements iront également à M. le Docteur A. DUFOURT, chef de clinique infan-

tile, qui a bien voulu nous aider dans l'élaboration de ce travail.

Les résultats essentiels de cette étude ont été donnés dans une publication parue dans le *Paris Médical* (6 décembre 1919). Notre travail ne sera que le développement, le détail des recherches effectuées, avec les conclusions qui nous semblent en résulter.

Dans un premier chapitre, nous ferons un exposé bref des spasmes du pharynx chez l'adulte.

Puis, nous étudierons successivement : Dans un second, le syndrome du pharyngo-spasme infantile.

Dans un troisième, la pathogénie des faits observés.

Dans un quatrième, nous exposerons les diverses observations cliniques sur lesquelles ont porté nos recherches.

En cinquième lieu, nous traiterons de la thérapeutique des diverses formes de pharyngo-spasme infantile.

CHAPITRE PREMIER

Les Spasmes du Pharynx chez l'Adulte

Avant d'aborder l'étude du pharyngo-spasme infantile, il est nécessaire, croyons-nous, d'exposer sommairement le même syndrome chez l'adulte. Avec MATHIEU (2) et GUISEZ (7) (1), dont les travaux sur cette question fait autorité, nous diviserons les spasmes du pharynx en aigus et chroniques.

1) Spasmes aigus

a) SYMPTOMATOLOGIE. — Il s'agit le plus souvent d'un adulte qui, bien portant jusque-là, est pris brusquement au milieu d'un repas, à l'occasion de la déglutition d'un bol alimentaire volumineux, d'une sensation de constriction profonde cervicale avec arrêt brusque et total du bol alimentaire. Le malade est pris de toux, de hoquet, d'efforts de vomisse-

(1) Les chiffres intercalés dans le courant de cette étude renvoient à un numéro d'ordre de la bibliographie.

ments, accuse une sensation de constriction à la gorge, d'étouffement. Il est congestionné, angoissé, les yeux larmoyants jusqu'à ce que, dans une sorte de régurgitation, il ait rejeté le bol alimentaire.

Les accès se répètent, une nouvelle tentative de déglutition après quelques minutes de repos reproduit les mêmes phénomènes. La dysphagie persiste pendant un temps variable, quelques minutes, des heures, rarement plus de 24 heures. Brusquement, la crise terminée, tout rentre dans l'ordre, la déglutition redevient possible jusqu'à ce que quelques jours ou quelques semaines plus tard survienne un nouvel accès.

Parfois, dans ces spasmes aigus, la première crise éclate à la suite d'une émotion vive, parfois elle débute du fait de l'imitation, de la représentation mentale intensive d'accidents de dysphagie. Citons à ce propos : 1) l'exemple suivant : un chien s'étrangle en avalant un os, il fait de vains efforts pour s'en débarrasser. Son maître vient à son secours et finit par extraire l'os arrêté dans le pharynx ; il veut alors se remettre à manger et continuer le repas interrompu, mais cela lui devient impossible, il est lui-même pris de spasme pharyngien.

2) Ce second exemple emprunté à DEJERINE. Une femme étant à table se lève, par plaisanterie, son frère, pour la faire se rasseoir, la prend à la gorge. Elle avale de travers. Elle reste fixée sur ce trouble de la déglutition pendant sept mois. Elle ne peut arriver et avec quelle peine qu'à déglutir des purées ou des liquides, et ses repas se prolongent un temps

indéfini. Il est évident que dans ces deux exemples le souvenir, la représentation mentale de l'accident a suffi à provoquer le spasme.

Le début toutefois n'affiche pas toujours cette brusquerie et parfois c'est lentement, graduellement qu'apparaissent la dysphagie et les douleurs. Il suffit alors d'une circonstance occasionnelle minime, telle qu'une émotion, la déglutition d'un bol alimentaire trop volumineux ou insuffisamment mâché et insalivé pour déclancher un paroxysme.

b) EVOLUTION. — Le spasme aigu commence le plus souvent brusquement et cesse de même. Cette brusquerie est en particulier très marquée chez les hystériques chez lesquels la suggestion peut faire à volonté apparaître et disparaître le spasme. Il peut céder rapidement à la suite d'un simple cathétérisme. Toutefois il peut devenir chronique, sa persistance entraînant un état fort grave d'anémie.

2) **Spasmes chroniques**

a) SYMPTOMATOLOGIE. — Ils se caractérisent par un ténésme pharyngé presque permanent. D'où la difficulté et même l'impossibilité d'avaler les aliments solides et parfois aussi les liquides, la gorge se contracte et il faut au malade de grands efforts pour déglutir une petite gorgée. Ces efforts sont dans certains cas inutiles, rien ne passe par l'isthme pharyngé et les aliments sont rejetés au dehors.

b) EVOLUTION. — En ne considérant que le point de vue somatique, ces spasmes chroniques produisant une occlusion presque permanente de la bouche œsophagienne, conduisent à l'amaigrissement et à la dénutrition. Les aliments liquides passent toujours mieux que les autres, c'est à eux que le patient s'adresse exclusivement, il se nourrit donc de lait, de bouillon, mais il peut arriver que même ces aliments liquides ne passent pas et alors il y a menace d'une inanition dangereuse.

En second lieu ces spasmes chroniques sont susceptibles de provoquer en amont une dilatation diffuse de l'hypopharynx, et à un deuxième degré, la formation de diverticules siégeant au point faible de la paroi postérieure du pharynx, entre les deux portions du muscle crico-pharyngien.

CHAPITRE II

Le Pharyngo-Spasme chez l'Enfant

Si chez l'adulte le syndrome du pharyngo-spasme est une question nettement établie, définitivement classée, chez l'enfant ce syndrome, quoique assez fréquent, est encore mal connu. Nous apportons une contribution à son étude, en exposant tout d'abord certains faits cliniques observés tout récemment par M. le PROFESSEUR E. WEILL.

Nous étudierons successivement les formes aiguës ou subaiguës, et les formes chroniques.

1) Formes aiguës ou subaiguës

a) FAITS D'OBSERVATION. — L'enfant se présente au premier abord comme un innapétent, refusant subitement toute espèce d'alimentation. Aucune manifestation morbide appréciable, ni digestive, ni d'ordre plus général n'attire l'attention. Cet état dure des semaines et des mois, parfois avec des rémissions passa-

gères sans autres symptômes nouveaux ; état coïncidant avec une santé en apparence normale.

Des faits de ce genre ont été observés par M. le PROFESSEUR WEILL chez des enfants atteints de maladies infectieuses, en particulier de fièvre typhoïde. Il s'agissait d'enfants âgés de huit à dix ans présentant le tableau clinique suivant : au cours d'une dothiënthérie, jusque-là classique, évoluant depuis huit jours avec une température élevée en plateau, se produisait subitement une chute thermique à 37° ou au-dessous. En même temps se montraient de la dépression des forces, de l'adynamie, une hypotension artérielle, du collapsus circulatoire, un cœur rapide avec rythme pendulaire. Le sujet pâlisait, maigrissait, et en dépit de l'abaissement thermique, l'affection n'était nullement arrêtée.

Une observation plus rigoureuse de ces malades permettait de s'apercevoir qu'ils rejetaient régulièrement les boissons qu'on leur faisait ingérer. Ils s'efforçaient de garder dans la bouche la gorgée de liquide qu'ils avaient consenti à prendre, mais ne tardaient pas à la laisser échapper lentement comme en bavant, ou brusquement par une expulsion plus ou moins associée à un acte de vomissement. En dehors de l'ingestion des boissons, on ne constatait chez ces malades aucun phénomène douloureux appréciable. Ils ne se plaignaient pas du gosier comme dans les angines, ne salivaient même pas, mais reconnaissaient que c'était surtout les premières gorgées de liquide qui étaient redoutées, car elles provoquaient moins de la douleur qu'une sorte d'étouffement avec angoisse.

b) **DIAGNOSTIC POSITIF.** — Devant ce tableau clinique, en ne tenant compte que du rythme pendulaire cardiaque, on pouvait songer à l'hypothèse d'une myocardite typhique. M. le PROFESSEUR E. WEILL, après examen du pharynx, montra que l'on devait éliminer cette première hypothèse et conclure à l'existence d'un spasme pharyngien. En effet, cet examen révéla quelques petites ulcérations situées très profondément sur la paroi postérieure du pharynx, semblables à des aphtes. Il est hors de doute que ces petites ulcérations pharyngées étaient la cause première du trouble fonctionnel et avaient déterminé un ténesme pharyngé réflexe.

c) **EVOLUTION.** — Ce pharyngisme aigu lié à une lésion organique locale, disparaît avec elle, ne laissant subsister aucun trouble fonctionnel. Dans les cas ci-dessus, à partir du moment où l'enfant accepta les boissons, c'est-à-dire quand la déglutition se fit normalement, tous les phénomènes graves cédèrent et la fièvre typhoïde reprit son évolution classique.

2) **Formes chroniques**

A côté de ce pharyngisme aigu ou subaigu, il existe des formes chroniques beaucoup plus fréquentes, moins bien établies, que nous allons exposer maintenant.

a) **FAITS D'OBSERVATION.** — En présence d'un grand nombre d'enfants se présentant de prime abord

comme des anorexiques, nous avons été amené à rechercher si dans ces cas il ne fallait pas faire intervenir l'existence d'un pharyngo-spasme simulant l'inappétence.

Habituellement l'enfant présente le syndrome suivant : il est âgé en moyenne de 2 à 5 ans, ne se plaignant de rien. On ne relève rien d'anormal dans son enfance, il a été convenablement nourri dans la première période de sa vie, a marché et parlé en temps normal, n'a pas eu d'affections graves. Après le sevrage on a remarqué qu'un dégoût pour les aliments solides s'installait progressivement chez lui, il accepte difficilement les bouillies un peu épaisses, que contrairement aux autres enfants qui avançaient en âge, il ne réclamait pas de nourriture, qu'il n'était friand ni de fragments de pain ni de gâteaux et que plus tard, quand on lui offrait des aliments solides, il les refusait et continuait à n'absorber que des liquides. Encore ne prenait-il que de petites rations, et, en définitive, les parents jugent que leur enfant est totalement dépourvu d'appétit. Les procédés de contrainte, de ruse, n'aboutissent à aucun résultat, l'enfant commence à bien manger, mais souvent après les premières bouchées il s'arrête et refuse de continuer. En dehors de cette difficulté d'alimentation, l'enfant ne paraît pas souffrir, il mène une vie normale. Il ne se plaint pas, ne recherche pas le repos, joue avec ses camarades, son sommeil est bon. Les parents se plaignent uniquement de son manque d'appétit, l'inappétence apparente est totale, elle s'applique à tous les aliments solides ou demi-soli-

des. Mais cependant le jeûne de l'enfant n'est pas absolu, il accepte plus facilement la nourriture le matin, lorsqu'il sort du sommeil, qu'à l'état de veille complète. De même il mange mieux quand il est distrait, qu'il s'amuse avec des camarades, de même quand il est avec des étrangers qui lui en imposent. On arrive, en insistant et en profitant des occasions favorables, à lui faire prendre du lait, des potages légers, des œufs peu cuits, des purées claires. Les parents évaluent la quantité de nourriture quotidienne comme représentant en moyenne le tiers ou le quart de la ration habituelle.

b) EXAMEN OBJECTIF. — L'enfant présente un peu d'amaigrissement, un peu de pâleur. Ce que l'on observe plus habituellement, c'est un défaut d'accroissement pondéral alors que la taille se rapproche de la normale.

L'état général est bon, la température est normale, on constate une diminution de sécrétions urinaires, mais beaucoup moins marquée que chez les anorexiques vrais. On ne relate aucune tare apparente physique ou psychique ; chez quelques sujets, mais non chez tous, on note une sensibilité spéciale, de l'émotivité, des phobies même, mais ces symptômes sont inconstants.

L'épreuve de la mastication prolongée, bien étudiée par M. le PROFESSEUR E. WEILL, révèle le symptôme clinique fondamental. Si à cet enfant on présente de la nourriture, il commence à accepter l'aliment. S'il s'agit de pain ou de gâteaux, il le porte à

sa bouche et commence à le mâcher. Cette mastication se prolonge indéfiniment et si au bout d'un moment on a la curiosité de regarder dans sa bouche, on s'aperçoit que l'enfant n'a pas dégluti. Expérience très significative qui donne la clef du phénomène, l'enfant ne mange pas parce qu'il ne veut pas déglutir, *il y a rétention volontaire des aliments dans la bouche.*

c) DIAGNOSTIC POSITIF. — Devant ce syndrome clinique, à quoi faut-il penser ?

1° *S'agit-il d'une inappétence liée à une affection grave de l'estomac, à une maladie générale cachectisante ?*

Aucun signe clinique, ni physique, ni fonctionnel, ne permet de s'arrêter à cette hypothèse.

2° *S'agit-il d'une anorexie mentale ou nerveuse, d'un trouble psychique ?*

Le problème est plus difficile à résoudre, on ne peut exclure complètement cette seconde hypothèse, des cas ont été observés à tout âge, à la fin de la seconde enfance, et même chez des nourrissons nourris au sein ou au biberon (COMBY) (6). De plus :

a) L'on relève dans l'interrogatoire des parents que l'enfant, s'il est distrait, s'il s'amuse, d'une façon générale quand on détourne son attention, peut avaler les aliments qu'il refuse dans d'autres circonstances.

b) Si avec M. le PROFESSEUR E. WEILL on confie l'enfant pendant ses repas à une personne étrangère

qui lui en impose et qui évite avec lui toute familiarité, on arrive parfois ainsi à le faire avaler ; et si les exercices de déglutition se font régulièrement pendant un certain temps sous une surveillance un peu sévère, l'enfant finira par avaler d'une façon normale et sans contrainte.

c) Le D^r COMBY (6) rapporte des observations de sujets à hérédité nerveuse qui ont guéri simplement par des procédés psychothérapiques, repos, grand air, hydrothérapie, sans avoir recours à la sonde. Le même auteur cite des cas où il a suffi de parler de la sonde œsophagienne devant l'enfant, de décider d'en faire usage pour qu'immédiatement il se mette à avaler. Quelquefois, ajoute-t-il, l'introduction de la sonde n'a pas besoin d'être répétée, la simple vue de l'instrument, les préparatifs de l'acte suffisent à conjurer le trouble fonctionnel.

Il est incontestable que tous ces arguments semblent nous orienter vers la psychose et nous porte à faire de ce syndrome une simple modalité de l'anorexie mentale ou nerveuse, D^r COMBY (6). Mais, comme nous allons nous efforcer de le montrer, l'observation clinique d'une part, l'examen objectif du sujet, d'autre part, nous obligent à admettre qu'entre les faits d'anorexie nerveuse dans la première comme dans la deuxième enfance, et ceux du pharyngo-spasme, il existe une différence fondamentale.

Tout d'abord l'anorexie mentale se montre d'habitude chez les adolescents, chez les jeunes filles au moment de la puberté et coïncide presque toujours

avec l'aménorrhée. Un sujet en est atteint quand, sous l'influence de représentations mentales, il prend le dégoût de toute espèce d'alimentation et est parvenu à inhiber en lui la sensation de faim. De plus, l'anorexique a perdu la notion de manger, non seulement il n'a pas faim, mais il ne possède plus la représentation mentale et comme la mémoire de cet acte. On constate chez lui l'existence d'une restriction d'abord volontaire ou émotive de l'alimentation suivie de la perte progressive de la notion psychique de l'appétit. L'anorexie mentale se trouve constituée dès qu'à l'inhibition du phénomène psychique que constitue l'appétit s'ajoute l'inhibition du phénomène physique qu'est la faim organique.

Quelle soit primitive, c'est-à-dire celle où l'alimentation se trouve réduite primitivement et souvent volontairement pour des causes variées ou secondaires, c'est-à-dire celle où la restriction alimentaire se fait en vue d'obvier à des troubles digestifs antécédents, le caractère commun à tous ces malades est le suivant : Arrivés à un certain point de l'évolution de leur affection, voudraient-ils manger, ils finissent par ne plus le vouloir car ils n'ont plus faim. De plus, caractère très important, ces sujets n'éprouvent aucune peine à avaler leurs aliments, la déglutition est parfaitement normale, c'est plutôt de l'indifférence, pour eux manger est une corvée, aussi ils s'en abstienne.

De plus l'anorexique n'est pas simplement un jeûneur, le plus souvent il présente : 1° *d'autres tares psychiques*, obsession, phobie, mélancolie, apathie,

délire de la persécution, il se refuse à manger pour des raisons déterminées, soit en vertu d'un trouble de la sensibilité, d'une perversion du goût, d'une idée délirante. Tantôt l'inappétence est d'origine émotive, tantôt la restriction alimentaire est au début purement volontaire.

2° *Des tares physiques* secondaires à son anorexie, amaigrissement extrême avec perte des forces, mains cyanosées, doigts effilés, la bouche dégage une odeur fétide. Les urines sont claires avec réduction extrême des éléments minéraux, la température est hypothermique.

Or ce n'est pas là l'aspect habituel de nos enfants, chez eux l'inappétence est partielle, portant seulement sur les solides. De plus, ils ne sont pas dépourvus à proprement parler d'appétit, à certains moments l'enfant à faim, mais il se garde de manger, l'expérience lui ayant appris qu'il ne satisfait cette faim qu'au prix d'une sensation pénible dont il se garde dans la mesure du possible. En fait, lorsqu'on rapproche tous les éléments symptomatiques : *refus de manger portant surtout sur les solides, mastication prolongée non suivie de déglutition, persistance au moins à certains moments de l'appétit, particulièrement au réveil et à l'occasion de distractions, absence de toute tare apparente physique ou psychique, conservation d'un bon état général*, on ne peut que conclure à l'existence d'une inappétence, mais liée à la présence d'un SPASME LOCAL PHARYNGO-OESOPHAGIEN. Et, en fait, l'épreuve de la mastication prolongée, du *machouillement*, comme disent les pa-

rents, donne la clef du mécanisme. Il y a rétention volontaire des aliments dans la bouche, comme il y a rétention volontaire des fèces dans l'ampoule rectale lorsqu'il s'agit de spasme du sphincter anal.

d) CARACTÈRES DU PHARYNGO-SPASME INFANTILE. — Ce trouble fonctionnel digestif est rare chez les sujets en bas-âge, on peut le voir chez des enfants nerveux ayant eu des convulsions, chez les hérédosyphilitiques, chez ceux qui ont des vers intestinaux. Le spasme survient généralement à l'occasion d'un mouvement de déglutition, mais ne s'installe pas d'emblée, il y a une période prodromique pendant laquelle l'enfant s'aperçoit que l'acte devient de plus en plus pénible. Il peut survenir à l'occasion d'une émotion, d'un accès de colère. Il existe aussi bien chez les garçons que chez les filles, se montre surtout de deux à cinq ans, il a été observé chez des sujets de dix-neuf mois, de six ans, de huit ans et demi, de neuf ans.

Le pharyngo-spasme peut se montrer après le sevrage ou apparaître plus tard alors que le sujet avait déjà été soumis à une alimentation normale comprenant des solides aussi bien que des liquides. Il peut se développer à un âge relativement avancé à la suite d'une grippe, d'une coqueluche, d'un érythème noueux.

e) EVOLUTION. — Il est continu, on présente généralement des rémissions assez courtes. Il peut guérir brusquement comme il s'est produit, il peut céder

rapidement à la suite d'un cathétérisme ou encore par simple suggestion. Dans certains cas, il se montre très rebelle, sa durée pouvant embrasser des années, les traitements habituels n'apportant aucune modification notable. Quelques-uns ont résisté à des cures marines ou d'altitude sans compter les nombreux procédés thérapeutiques employés.

†

CHAPITRE III

Pathogénie

1) Siège du Spasme

Avant d'aborder à proprement parler la pathogénie de ce syndrome, une question se pose : *Où siège le spasme ?... Dans l'œsophage ou dans le pharynx ?* Il nous est impossible de préciser l'endroit exact, ni l'examen radioscopique à la bouillie bismuthée, ni l'examen œsophagoscopique n'ayant été pratiqués chez les sujets observés. Mais, si l'on tient compte d'une part de l'anatomie de la région, d'autre part du lieu d'élection des spasmes chez l'adulte présentant le même syndrome, il est hors de doute que ce spasme fonctionnel digestif se traduit par une contracture de la bouche œsophagienne supérieure.

Avec KILLIAN, rappelons que les examens œsophagoscopiques et hypopharyngoscopiques ont montré qu'il existe à la limite inférieure de l'hypopharynx un bourrelet semi-lunaire transversal, surtout développé au niveau de la paroi postérieure et qui dimi-

nue graduellement de relief et d'épaisseur vers les parties latérales. Ce bourrelet postérieur constitue la lèvre de la bouche de l'œsophage. Anatomiquement, ce bourrelet est constitué par la partie transversale du muscle erico-pharyngien en état de contraction tonique.

Si l'on vient à disséquer par derrière l'extrémité inférieure du constricteur inférieur du pharynx, on constate que les fibres de ce muscle qui naissent de chaque côté sur le cricoïde pour se diriger en arrière et se rejoindre sur la ligne médiane, se divisent en deux parties : une partie oblique dont les fibres se dirigent en arrière et en haut (*partie oblique du crico-pharyngien*) et une partie transversale horizontalement dirigée (*partie transversale du crico-pharyngien*). C'est cette deuxième partie qui constitue par sa saillie en avant le bourrelet semi-lunaire que KILLIAN désigne sous le nom de lèvre de la bouche œsophagienne. Cette partie transversale est en partie recouverte dans son $1/4$ inférieur par la musculature de l'œsophage. La partie oblique se continue en haut avec les fibres du constricteur inférieur. Entre la partie oblique et la partie transversale du crico-pharyngien, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de la bouche de l'œsophage, se trouve un hiatus musculaire, un point faible de la paroi postérieure de l'hypopharynx, c'est de là que partent les diverticules de l'hypopharynx.

C'est au niveau de la *partie transversale du muscle crico-pharyngien* (muscle de la lèvre de la bouche de l'œsophage), que se produit le spasme chez l'adulte, cette partie horizontale se contracte et fait saillir

en avant la lèvre de la bouche. La bouche de l'œsophage est le lieu d'élection des spasmes, en effet :

a) *L'examen radioscopique* montre l'arrêt du liquide bismuthé à la partie supérieure de l'œsophage immédiatement au-dessus du cricoïde, dans l'hypopharynx ; la lenteur de son passage à travers la bouche œsophagienne, et le cas échéant la dilatation de l'hypopharynx sous la forme d'une poche régulièrement évasée.

b) *Le cathétérisme* montre que l'obstacle, d'intensité et de durée variable, a un siège constant, l'orifice supérieur de l'œsophage.

c) *L'examen œsophagoscopique* montre des aspects variés suivant l'ancienneté et l'intensité de l'affection. Au début la bouche de l'œsophage d'aspect normal tarde à s'ouvrir au contact du tube, d'autres fois la saillie de la lèvre œsophagienne postérieure est telle que l'entrée du conduit se présente sous la forme d'une fente imperceptible à concavité antérieure, la bouche de l'œsophage est fermée par l'application du cricoïde contre la paroi postérieure de l'œsophage qui fait elle-même cette saillie en forme de croissant à concavité antérieure. D'autres fois encore le tube provoque l'éclosion d'un spasme violent, l'orifice supérieur est ponctiforme entouré d'un véritable bourrelet saillant sous la muqueuse.

Rien ne permet de supposer qu'il n'en soit pas de même chez l'enfant, et que le spasme intéresse une autre région anatomique. Aussi jusqu'à plus ample informé, admettrons-nous que le pharyngo-

spasme chez l'enfant est localisé comme chez l'adulte à la *bouche de l'œsophage*.

Pour nous permettre de jeter quelque lumière sur la pathogénie encore imprécise du pharyngo-spasme infantile, nous exposerons sommairement tout d'abord ce qu'il est classique d'admettre chez l'adulte.

2) Chez l'Adulte

Le syndrome du pharyngo-spasme se rencontre généralement :

a) *Chez des individus névropathes ou hystériques* (MATHIEU). L'origine de cette dysphagie chez les névropathes est assez variable, tantôt elle est créée par une angine aiguë dont la dysphagie propre a subsisté et même s'est aggravée après la disparition de l'affection gutturale ; tantôt une émotion violente a déterminé d'emblée le spasme de la déglutition ; tantôt enfin, ce spasme apparaît, brusquement ou progressivement, sans qu'on en puisse déceler la cause déterminante.

La prédisposition névropathique préalable joue un rôle considérable dans l'apparition des accidents névropathiques localisés au pharynx et à l'œsophage, assez souvent on ne trouve pas de raison locale de cette localisation et la dysphagie spasmodique paraît traduire l'affection nerveuse centrale.

b) *Chez des individus tachyphages et gloutons* qui, après avoir présenté une ou plusieurs crises

d'œsophagisme, ou d'emblée, sans accidents prémonitoires sont atteints d'une dysphagie progressive de forme clinique assez particulière. Au début le malade se plaint simplement d'une gêne de la déglutition, le pain et la viande passent particulièrement mal, si le malade en avale d'un coup une quantité notable il éprouve une sensation de gêne, de gonflement douloureux à la base du cou. Les liquides passent plus facilement à la condition d'être ingérés par petites quantités, le malade mange très lentement et le moindre repas dure une heure ou une heure et demie, il lui faut des heures pour manger ce que d'autres auraient absorbé en quelques minutes. L'alimentation devient de plus en plus pénible et difficile. Les lésions mécaniques : dilatation diffuse de l'hypopharynx, ou diverticules, au point d'élection, peuvent se constituer et dominer désormais l'évolution clinique de la maladie.

c) *Spasmes symptomatiques d'ulcérations, de lésions sus-jacentes à la bouche œsophagienne.* — Une pharyngite, une plaie, une fissure, une blessure du pharynx, toutes ces causes peuvent provoquer le pharyngo-spasme réflexe. Dans la fièvre typhoïde les ulcérations pharyngées peuvent faire naître le spasme.

3) Chez l'Enfant

A) FORMES AIGÜES. — Les petites ulcérations pharyngées trouvées chez les sujets atteints de fièvre typhoïde rendent compte du trouble fonctionnel. Elles

avaient déterminé une sorte de tenesme du gosier analogue à celui provoqué dans la région anale par une fissure, une érosion. L'enfant, comme nous l'avons décrit précédemment, redoute les premières gorgées de liquide ; dans le spasme anal ce sont également les premières tentatives de défécation qui entraînent le plus de douleur, une fois l'acte en train il devient supportable. De même qu'il y a fausse constipation par rétention volontaire des fèces dans l'ampoule rectale en cas de spasme anal, de même le spasme du pharynx entraîne une rétention volontaire des aliments dans la bouche.

La lésion organique locale suffit à expliquer le phénomène.

D'autres lésions peuvent donner le même syndrome, les ulcérations ou les plaies produites par le séjour ou le passage d'un corps étranger même s'il n'a produit que peu ou pas de symptômes, les altérations de la muqueuse produites par des liquides ou des bols alimentaires trop chauds, les altérations de la musculature, consécutives à des paralysies d'origine infectieuse (diphtérie, fièvre typhoïde, influenza) sont susceptibles de compromettre la résistance de la paroi et de créer le spasme réflexe.

B) FORMES CHRONIQUES. — Si dans les formes aiguës, les ulcérations pharyngées rendent compte du trouble fonctionnel, il n'en est pas de même dans les formes chroniques chez lesquelles le spasme est plus difficile à interpréter.

On ne trouve à l'examen aucune sensibilité spé-

ciale, ni du pharynx, ni du cou, l'exploration profonde ne révèle aucune anomalie dans l'hypopharynx. Dans les cas même anciens de dysphagie on n'observe aucun symptôme qui puisse faire songer à une dilatation de l'hypopharynx ou à un diverticule de l'œsophage. Dès que le sujet a consenti à déglutir il n'y a pas de nouvel arrêt de l'aliment au-dessus de la bouche œsophagienne, pas de régurgitation, pas de suffocation ni dyspnée. On ne peut rattacher ce spasme à la présence de grosses amygdales ou à des végétations adénoïdes du pharynx nasal que présentent nombre des enfants observés ; leur ablation n'amène pas habituellement d'amélioration, et d'autre part nombre de sujets porteurs de ces mêmes lésions avalent très bien.

En revanche, l'influence nerveuse ne saurait être écartée. Le syndrome du pharyngo-spasme infantile coïncide parfois avec des antécédents nerveux, ceux-ci peuvent faire défaut, mais il faut bien admettre que dans la majorité des cas ce spasme fonctionnel digestif n'est en réalité que la traduction d'un état psychopathique d'émotion ou d'auto-suggestion que les causes occasionnelles n'ont fait que localiser et systématiser.

Avec DEJERINE (4) on voudra bien reconnaître qu'il existe des troubles névropathiques d'un organe que n'a créé aucune altération organique de l'organe en question. L'on peut mettre en cause un trouble d'innervation, les ganglions nerveux, le grand sympathique, mais il faut se rendre compte qu'à l'extrémité de chaque filet nerveux se trouve une cellule

psychique, que celle-ci soit modifiée dans son dynamisme ou qu'elle soit atteinte de quelque altération que ce soit, il n'en est pas moins constant que tout l'appareil nerveux dont elle dépend, mais qui aussi en dépend, souffrira dans son fonctionnement et avec lui l'organe auquel il se rend.

Il n'y a pas nécessité à interposer entre le trouble de la périphérie organique et le trouble du centre psychique en cause, une altération ou une modification quelconque du conducteur nerveux qui relie ce centre à la périphérie.

Dans le cas particulier qui nous intéresse le pharyngo-spasme infantile dans les formes chroniques est un syndrome qui se crée et persiste en dehors de toute lésion somatique antécédente, il est donc constitué par un trouble d'origine psychique. Un sujet fixé psychiquement sur son pharynx est susceptible de faire consécutivement à ses impressions psychiques des troubles psycho-moteurs de cet organe, se traduisant par un spasme. La représentation mentale est primitive, le trouble périphérique fonctionnel est secondaire.

En résumé ce syndrome est caractérisé par :

- 1° Un phénomène accidentel du côté du pharynx ;
- 2° Une fixation psychique secondaire ;
- 3° Des troubles spasmodiques consécutifs, résultant de l'intervention de l'attention dans des phénomènes habituellement automatiques.

Donc, pour expliquer la genèse du pharyngo-spasme infantile il faut faire intervenir au premier chef l'état cérébral du sujet, et considérer ce syndrome

en premier lieu comme *un trouble fonctionnel digestif d'origine névropathique*.

Mais à côté de cette pathogénie névropathique, il y a lieu de faire ressortir les relations du pharyngisme chez l'enfant avec l'*hypothyroïdisme*.

Chez beaucoup d'enfants présentant le syndrome du pharyngo-spasme, on relève des petits signes d'insuffisance thyroïdienne. Ils sont nerveux, ils sont fréquemment atteints de végétations adénoïdes et d'hypertrophie des amygdales, affection qui, d'après HERTOGE d'Anvers, serait fréquente dans le syndrome thyroïdien. Certains présentent même un retard des fonctions intellectuelles. De plus dans l'inappétence spasmodique que présentent les sujets observés, la sensation de faim est instable et plus ou moins diminuée. Or, nous savons qu'il existe une diminution de la faim et de la sensation de faim liée à un hypofonctionnement thyroïdien, autrement dit une anorexie thyroïdienne susceptible d'être modifiée par l'opothérapie. La mastication et la déglutition sont normalement laborieuses chez les hypothyroïdiens. A la fois par ses troubles humoraux et par les troubles du système nerveux, le corps thyroïde participe facilement à la constitution non seulement de perturbations vaso-motrices (urticaire thyroïdien, par exemple), symptôme présenté quelquefois par les sujets atteints de pharyngisme, mais aussi à la constitution de névroses comme l'asthme. On peut sembler-t-il appliquer la même pathogénie au pharyngo-spasme, névrose de l'appétit, et à le considérer comme étant un état thyroïdien.

A l'appui de cette théorie, rappelons brièvement avec JEANDELIZE (5) les résultats d'expériences faites sur des animaux soumis à la thyroïdectomie.

a) *Troubles du côté de l'appareil digestif.* — Anorexie d'une façon à peu près constante, indépendamment de cette perte d'appétit, il faut tenir compte de la difficulté que l'animal opéré éprouve à prendre et à déglutir sa nourriture, les troubles de la préhension et de la déglutition sont nets.

Dans les expériences de SCHIFF la gêne dans la déglutition n'est apparue que deux ou trois jours avant la mort, et jamais au début.

De fait ALBERTONNI et TIZZONI ont constaté que la difficulté à l'alimentation pouvait se limiter aux aliments solides.

Des phénomènes convulsifs se manifestent aussi au niveau de l'œsophage, cette dysphagie est plus ou moins forte suivant les sujets, et s'il en est qui finissent par ne plus se nourrir, il en est d'autres dont l'alimentation reste suffisante et normale.

b) *Troubles du côté du système nerveux.* — Contractions musculaires spasmodiques généralisées survenant par crises, ces animaux ne prennent plus d'aliments et il faut recourir à la sonde œsophagienne pour les nourrir.

En résumé il faut retenir que parmi les troubles chroniques dus à l'insuffisance thyroïdienne il faut faire une large part aux troubles digestifs et en particulier aux manifestations spasmodiques fonctionnelles.

Le corps thyroïde est de plus un générateur d'états émotifs, l'apparition de phénomènes morbides à la suite d'émotions doit conduire à incriminer le corps thyroïde. Du fait de l'hypothyroïdie qui a pour cause la suppression d'un des produits de la sécrétion thyroïdienne, le système nerveux est intoxiqué, ce qui facilite les réactions morbides. Ceci nous explique quelques particularités du pharyngisme chronique infantile, au cours duquel on constate comme nous l'avons vu précédemment en décrivant l'évolution du syndrome, quelques rémissions assez courtes dans la marche des symptômes.

Pour les comprendre on peut penser que l'hypothyroïdie produit une auto-intoxication de l'organisme causée par une accumulation de poisons qui, à un moment donné, peuvent être évacués, et que ces périodes de phénomènes morbides et de rémissions coïncident précisément avec les époques où ces poisons sont ou ne sont pas accumulés.

De plus, nous avons vu précédemment que le pharyngo-spasme infantile coïncidait parfois avec des antécédents nerveux et devait être considéré comme une névrose de l'appétit. Or, si l'on s'en rapporte à l'opinion de H. DE ROTSCILD et LÉVY (3). « Le nervosisme qu'il soit cérébral, bulbaire, sympathique, chez l'enfant comme chez l'adulte, n'est qu'un accident d'hypothyroïdie ». La preuve en est dans le traitement opothérapique qui fait disparaître rapidement toutes les manifestations nerveuses (spasmes, colère, tristesse, etc.).

De toutes ces considérations, il résulte que l'on

peut considérer le pharyngisme chronique comme faisant partie du *syndrome hypothyroïdien*, puisque nombre de sujets atteints d'inappétence spasmodique présentent :

1° *Les caractères des myxœdémateux-frustes* avec :
un corps thyroïde peu perceptible à la palpation ;

De grosses amygdales ;

Des végétations adénoïdes ;

Un retard intellectuel sensible ;

Un appétit instable et capricieux ;

2° *Ils guérissent sous l'influence du traitement tryroïdien.*

En résumé, des relations étroites unissent le pharyngisme chronique infantile à l'hypothyroïdisme, et à côté de la première étiologie névropathique il y a lieu de faire une part à une étiologie hypo-thyroïdienne pour expliquer la pathogénie de ce syndrome.

CHAPITRE IV

Observations

Nous avons divisé nos observations en deux catégories, l'une renfermant les formes de pharyngo-spasme chronique où la tendance spasmodique est manifeste, réservant à l'autre les formes où le syndrome clinique se rattache plus particulièrement au myxœdème fruste, et dans lesquelles se montrent les relations entre le pharyngisme et l'hypothyroïdisme.

1^{re} Catégorie

I

J. M., dix-neuf mois.

29 février 1916. — Sevrée à un an, a 19 dents, est nerveuse, se réveille facilement la nuit en criant.

Depuis six semaines refuse toute alimentation.

Rien au gosier.

Traitement médical.

18 mai 1916. — Après 3 jours de traitement a avalé tout ce qu'on lui offrait. Puis s'est mise à dormir d'un sommeil naturel.

Depuis 15 jours, recommence à être difficile, mâche longuement.

Aime mieux les aliments froids.

Reprise du traitement médical.

8 novembre 1916. — La rechute s'est arrêtée rapidement. Avale d'une façon normale, se développe bien.

6 juin 1917. — Va bien, mange de tout. A beaucoup grandi. Dort bien.

II

T. de St-T., deux ans.

Grande, bien développée, ne prend que du lait, mais il faut qu'on le passe : le moindre fragment solide, miette, fragment de frangipane, détermine un vomissement.

On a essayé sur mon conseil de lui donner des grains de raisin, elle semble les repousser avec terreur.

Tous ces phénomènes ont disparu à la suite d'un cathartisme.

III

M. S., trois ans.

30 août 1916. — Repousse de tout temps tout aliment solide. Amygdales grosses.

Sujette à l'urticaire.

Selles fréquentes, en grumeaux, putrides. On lui fait prendre uniquement du lait et des œufs clairs.

Traitement : compresses froides, massage bromure.

15 juin 1918. — N'a pas eu de rechutes, mais de temps en temps des crises fébriles avec urticaire.

IV

T. P., trois ans.

N'a jamais mangé de solide. Continue à prendre du lait, des potages clairs ; est assez grand, a bonne mine ; s'étrangle parfois en avalant.

Pas de lésion apparente du gosier ; est gai, dort bien, ne se plaint jamais.

Urine normale.

En février 1914, je pratique un cathétérisme du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage au moyen d'une bougie un peu volumineuse. La petite opération est renouvelée au bout de quelques jours. Depuis, l'enfant avale purées, gâteaux, pains, comme ses camarades.

V

M. Jean, quatre ans.

9 avril 1916. — Enfant nerveux, a peur dans l'obscurité (tunnels). N'a jamais bien mangé.

Depuis quatre mois n'avale plus de solide. On peut en insistant faire passer des œufs.

Je lui donne un croûton de pain qu'il mâche indéfiniment.

A maigri.

Amygdales grosses.

Traitement : massage, compresses froides, bromure.

5 septembre 1916. — Après 10 jours de traitement s'est mis à avaler normalement, malgré cela est resté nerveux.

24 décembre 1916. — Continue à bien manger, mais, depuis deux mois, a de l'incontinence urinaire diurne et nocturne. L'urine est claire, abondante, pollakiurie.

(En somme tendance spasmodique).

VI

C. Denise, cinq ans.

8 février 1916. — Aspect adénoïdien. Ronfle, se tient la bouche ouverte ; est pâle ; par moment elle refuse toute alimentation. A d'autres moments mange un peu, mais jamais d'une façon convenable.

A l'examen, végétations molles, oblitérantes du cavum.

Opérée de végétations en mai 1916.

2 novembre 1916. — A été bien améliorée au point de vue respiratoire, mais refuse toujours de manger

On fait passer une sonde de Bouchard n^{os} 24, 30 et 34.

1^{er} décembre 1916. — Depuis le cathétérisme avale bien et mange.

VII

F. A., cinq ans.

16 juin 1916. — Angine et adénopathies cervicales fréquentes. Légère hypertrophie des amygdales.

Ne grossit pas depuis un an, en réalité ne mange pas, met un temps infini à mâcher et à avaler quelques bouchées, autrement n'est pas nerveuse.

On passe trois sondes de Bouchard, n^{os} 24, 30 et 34.

22 novembre 1919. — A été améliorée de suite, a pu avaler, a repris de l'appétit, la guérison s'est maintenue.

VIII

B. M., six ans.

Bonne santé habituelle. A quatre ans, présente de l'erythème noueux. Depuis un an, appétit antérieurement normal, a diminué progressivement au point d'aboutir à un refus presque complet des aliments.

Aucune lésion appréciable à l'examen. Guérison rapide par le passage d'une sonde pleine.

IX

P. C., huit ans et demi.

6 octobre 1916. — Depuis quelques mois, à la suite d'une coqueluche, ne mange pas. Si on insiste, elle vomit par une sorte de rumination.

Rien au pharynx. Pas de symptômes nerveux antérieurs.

Je lui donne du pain, elle le mâche indéfiniment. La mère dit qu'elle reste deux heures à table pour absorber un potage et de la confiture.

Traitement médical.

24 août 1916, mange mieux.

3 janvier 1917, mange très normalement, a pris 2 kgs en deux mois.

2° Catégorie

I

R. M., dix-neuf mois.

1^{er} juillet 1918. — Saillie sternale.

Stridor laryngé congénital qui a disparu au bout d'un an.

N'a jamais bien mangé, ne peut avaler de bouillie épaisse, encore moins de pain.

Hypertrophie des amygdales.

L'enfant a été cathétérisé 3 fois et depuis a pu avaler du pain et des aliments solides.

27 septembre 1919. — L'enfant qui avale bien est en retard, ne cause pas.

Poids : le 1 ^{er} septembre 1918.....	9 kg. 400
le 17 février 1919.....	10 kg. 680
le 25 mars 1919.....	11 kg. 200

Il a cependant pris du poids depuis qu'il se nourrit, on sent à peine le corps thyroïde et on peut penser à un myxoedème fruste.

Le traitement par la thyroïdine provoque rapidement la croissance et l'éveil cérébral ainsi que le développement du langage.

Il s'agit donc d'un thyroïdien.

II

B. Marie, trois ans et demi.

16 novembre 1918. — Entérite à 6 mois. Ne mange pas, ne prend que du lait au biberon en tétant. Pour les solides, elle s'arrête rapidement, disant qu'elle n'a plus faim. Si on insiste, elle vomit.

Traitement. — Compresses d'eau froide avant les repas. Massage.

2 décembre 1918. — Va mieux, mange un peu de tout, ne vomit pas, est constipée, nerveuse, pleure facilement, grosses amygdales.

18 juin 1919. — Quoique nerveuse et pleurant facilement, semble avoir peu d'expression, est en retard.

On ne sent à peu près pas le corps thyroïde. Un traitement par la thyroïdine l'améliore au point de vue intellectuel.

Dans ces deux observations il s'agit de myxœdème fruste, en raison de l'examen négatif que nous a fourni la palpation du corps thyroïde, de l'état de l'intelligence, de l'hypertrophie des amygdales.

A remarquer l'heureux effet du traitement opothérapique, qui, selon HERTOEGHE, d'Anvers, suffirait à affirmer qu'il s'agit d'un myxœdémateux.

CHAPITRE V

Traitement du Pharyngo-Spasme Infantile

1) Forme aiguë ou subaiguë liée à une lésion organique locale

Anesthésie en badigeonnages de l'hypopharynx avec une solution de cocaïne, et en employant la contrainte, on obtient rapidement l'ingestion de boissons en quantité suffisante (un à deux litres par jour).

A partir du moment où l'enfant accepte les boissons, tous les phénomènes graves cèdent. Dans les cas aigus de pharyngisme infantile étudiés par M. le PROFESSEUR E. WEILL (au cours de fièvre typhoïde) dès la cessation du trouble fonctionnel disparurent tous les symptômes associés : collapsus, faiblesse du cœur, rythme pendulaire, tachycardie, hypotension, dépression des forces, pâleur, etc. Les vomissements eux-mêmes disparurent et en même temps la température reprenait son cours habituel, c'est-à-dire

qu'elle remontait autour de 40° et que la fièvre typhoïde affectait à nouveau son évolution classique.

Trois cas observés ont guéri sans nouvelle complication.

2) **Forme chronique**

A) Vis-à-vis d'une FORME NETTEMENT SPASMODIQUE il faut essayer tout d'abord le traitement médical préconisé par M. le PROFESSEUR E. WEILL.

I. — **Traitement médical**

Avant chaque repas :

a) Application sur le devant du cou d'une compresse imbibée d'eau froide pendant trente à quarante minutes, en renouvelant l'eau toutes les dix minutes.

b) Puis un massage de quelques minutes au niveau du plancher de la bouche et de la région sus-hyoïdienne.

Ce massage : 1° redresse le plancher buccal et produit une contraction des mylo-hyoïdiens qui a pour but d'appliquer fortement la base de la langue contre le voile du palais, ce qui constitue le premier mouvement essentiel de la déglutition.

En effet, la paralysie des mylo-hyoïdiens rend la déglutition très difficile ; des chiens sur lesquels on sectionne les nerfs mylo-hyoïdiens ne peuvent déglutir qu'en rejetant la tête en arrière, c'est-à-dire

en s'aidant de la pesanteur pour faire tomber les aliments dans le pharynx ;

2° Provoque une contraction des muscles sus-hyoïdiens favorable au mouvement de déglutition en provoquant une ascension du pharynx et du larynx.

Pendant les repas :

Si l'enfant tarde à déglutir, on appuie un peu fortement un doigt sur la trachée : la sensation de suffocation provoque un mouvement de déglutition, de cette façon le passage renouvelé du bol alimentaire force la région du spasme comme un cathétérisme,

Dans l'intervalle des repas :

Donner du bromure à l'intérieur.

Lorsque le traitement médical échoue, il faut avoir recours au cathétérisme dilatateur pharyngo-œsophagien.

II. — Cathétérisme Pharyngo-Œsophagien

On pratique le cathétérisme avec la sonde pleine cylindro-conique de BOUCHARD, en gamme à extrémité olivaire. Cette bougie doit être exactement calibrée, souple à l'état ordinaire, assez flexible pour mettre à l'abri d'une érosion. La sonde est ramollie en la trempant quelques instants avant de s'en servir, dans de l'eau bouillante, ce qui constitue d'ailleurs le mode de stérilisation le plus simple et le plus pratique, puis dans la glycérine.

Dans la même séance on passe successivement trois sondes, les n^{os} 24, 30 et 34, de façon à tâter la susceptibilité de l'enfant et à faire une dilatation progressive.

Technique de la manœuvre :

L'enfant est assis sur une chaise un peu haute, tenu par un aide, la tête un peu infléchie en avant de façon à régulariser la courbe brusque qui, de la sixième vertèbre cervicale, s'étend jusqu'aux deux premières dorsales. On met une serviette au cou de l'enfant pour le préserver des vomissements. La sonde, tenue de la main droite vers son 1/3 inférieur, est introduite au fond de la gorge, tandis que la main gauche, qui pendant toute la manœuvre va être solidaire de la main droite, déprime la base de la langue et dirige l'extrémité de la sonde de façon à ce qu'elle suive la paroi postérieure du pharynx. La sonde franchit le pharynx après un léger arrêt, puis pénètre très facilement dans l'œsophage où nous ne l'enfonçons jamais au-delà de quelques centimètres.

On rencontre souvent un peu de difficulté à pénétrer avec la bougie molle dans la bouche de l'œsophage, surtout chez les sujets nerveux. On atténue cet inconvénient en faisant respirer longuement le malade et en lui faisant tirer la langue.

L'anesthésie locale en badigeonnages de l'hypopharynx et de la bouche de l'œsophage avec un long porte-coton courbé, dit laryngé, imbibé de solution de cocaïne à 1/20^e, est indiqué dans les cas difficiles.

La sonde ayant pénétré, on la fait glisser plusieurs

fois de haut en bas et de bas en haut, avec une excursion très restreinte. Toute la manœuvre ne dépasse pas une minute, elle est bien tolérée habituellement.

Le seul accident possible du cathétérisme est la pénétration de la sonde dans les voies aériennes, on en est immédiatement averti par une quinte de toux et de la suffocation. Le malade avait la tête en mauvaise position, trop inclinée en arrière, ce qui amène l'axe de la bouche en continuité directe avec celui du trachéo-larynx.

Parfois il suffit d'une seule séance de cathétérisme, le plus souvent il faut aller à deux ou trois interventions avec un intervalle de quelques jours de l'une à l'autre.

Les rechutes se produisent dans les quelques jours qui suivent, mais en renouvelant la cathétérisme deux ou trois fois, la guérison persiste, du moins c'est ce qui a été observé dans les cas qu'il a été permis de revoir ultérieurement.

Il n'y a aucune précaution à prendre après le cathétérisme, l'enfant, à ce moment, absorbe très aisément tout ce qu'on lui présente. Il faut plus de temps avec le traitement médical qu'avec le cathétérisme pour aboutir, encore ne réussit-on pas aussi sûrement. Après quelques essais on en revient à la sonde.

B) Vis-à-vis D'UNE FORME HYPOTHYROÏDIENNE. —

Il faut instituer le traitement opothérapique qui améliore et guérit même rapidement cet état morbide particulier d'insuffisance thyroïdienne fruste.

Que l'on fasse ingérer au malade de la glande thyroïde fraîche, ou de la glande thyroïde desséchée sous forme de poudre (en cachets), de pilules, de comprimés ; que l'on injecte sous la peau le suc thyroïdien ou qu'on le donne en lavements, la méthode qu'elle quelle soit ne tarde pas à être couronnée de succès.

On utilise de préférence l'*iodothyline*, principe qui joue le rôle principal dans la sécrétion thyroïdienne.

CONCLUSIONS

I. — Dans le groupe des anorexiques, il y a souvent lieu de faire une part au trouble de la déglutition ; aussi, en présence d'une inappétence infantile, songer à la possibilité d'une *cause spasmodique siégeant au niveau du pharynx*.

II. — Le diagnostic de pharyngo-spasme étant établi, différencier les formes aiguës ou subaiguës, symptomatiques d'ulcérations, des formes chroniques. Rechercher chez ces dernières, de beaucoup les plus fréquentes, si le syndrome se rattache plus spécialement à une étiologie névropathique ou hypothyroïdienne.

III. — Les indications thérapeutiques se résument en ceci :

A) Dans les formes aiguës ou subaiguës : anesthésie locale à la cocaïne ;

B) Dans les formes chroniques :

a) Chez les névropathes : traitement médical, cathétérisme à la sonde.

b) Chez les hypothyroïdiens : opothérapie thyroïdienne.

Vu :

Le Doyen,

HUGOUNENQ.

Le Président de la Thèse,

MOURIQUAND.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 Juin 1920.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. E. WEILL. — Pharyngo-spasme infantile simulant l'inappétence.
Paris Médical, décembre 1919.
 2. A. MATHIEU et L. SENCERT. Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage.
 3. LÉVY et H. de ROTSCCHILD. — Physio-pathologie du corps thyroïde.
 4. DEJERINE. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses.
 5. JEANDELIZE. — Insuffisance thyroïdienne. *Thèse de Nancy*, 1902.
 6. COMBY. — Pharyngisme et œsophagisme chez les enfants.
Archives de médecine des enfants, avril 1920.
 7. GUISEZ. Les sténoses de l'œsophage. *Presse Médicale*, juin 1917.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Les spasmes du pharynx chez l'adulte :	
1) Spasmes aigus	11
2) Spasmes chroniques	13
CHAPITRE II. — Le pharyngo-spasme chez l'enfant :	
1) Formes aiguës ou subaiguës.	15
2) Formes chroniques	17
CHAPITRE III. — Pathogénie :	
1) Siège du spasme.	27
2) Chez l'adulte	30
3) Chez l'enfant	31
CHAPITRE IV. — Observations	39
CHAPITRE V. — Traitement du pharyngo-spasme infantile :	
1) Forme aiguë ou subaiguë.	47
2) Forme chronique.	48
CONCLUSIONS.	53
BIBLIOGRAPHIE	55
